

Condițiile de Asigurare aferente Asigurării de Viață de Grup atașată Facilității de Descoperit de cont emise de First Bank S.A.

Prevederi introductive:

I. Informații privind Asigurătorul: ERGO Asigurări de Viață S.A., societate administrată în sistem dualist, cu sediul în București, Șos. București-Ploiești, Nr. 1A, Clădirea A, Etaj 4, Unitatea 4C, Sector 1, cod poștal 013681, înregistrată la O.R.C.T.B. sub nr. J40/6000/2009, Cod Unic de Înregistrare 25569690, Societate autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară, Cod alocat în Registrul Asigurătorilor RA-066; cod LEI 549300MK1V4X2UORUX05, Telefon: 031.224.86.00; Fax: 031.224.86.70, email: office@ergo.ro. Aceste informații sunt accesibile pe pagina de internet a ASF (www.asfromania.ro) și pe pagina de internet a Asigurătorului (www.ergo.ro).

II. Informații privind Agentul Afiliat/Beneficiar/Contractantul Asigurării: First Bank S.A. (denumită Banca), cu sediul social în București, Șoseaua Nicolae Titulescu, nr. 29 – 31, sector 1, înregistrată la Oficiul Registrului Comerțului cu nr. J40/1441/1995, cod unic de înregistrare RO7025592, înregistrată în Registrul Instituțiilor de Credit sub nr. RB-PJR-40-026/18.02.1999, capital social 1.188.760.205 RON, înscrisă în Registrul Intermediarilor în Asigurări sub nr. RAJ-243394, Registrul Intermediarilor în Asigurări este disponibil pe pagina de internet a Autorității de Supraveghere Financiară la următoarea adresă: www.asfromania.ro - registre electronice. Banca poate desfășura activitatea de intermediere în baza contractului de agent afiliat încheiat cu Asigurătorul, pentru asigurările prevăzute la Secțiunea C pct. 1 din Anexa 1 din Legea nr. 237/2015 privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare.

Prezentele Condiții de Asigurare sunt aferente Asigurării de viață oferite deținătorilor unei Facilități de Descoperit de cont emise de Bancă, în baza Contractului de asigurare de grup încheiat de Contractant cu ERGO Asigurări de Viață S.A..

Articolul 1. Definiții

Termenii și expresiile de mai jos vor avea următoarele semnificații, aplicabile deopotrivă formelor de plural și de singular, forma articulată sau nearticulată, cu excepția cazului când se prevede expres contrariul:

Asigurător: Ergo Asigurări de Viață S.A..

Acoperirea prin Asigurare: reprezintă obligația Asigurătorului de a prelua răspunderea în ceea ce privește riscurile asigurate și de a plăti Indemnizația de Asigurare conform Condițiilor de Asigurare, sub condiția încasării Primei de Asigurare.

Accident: reprezintă un eveniment produs de factori exteriori, subit, viitor și neașteptat, produs în Perioada de Valabilitate a Asigurării, independent de voința Persoanei Asigurate, asupra corpului acesteia, constatat obiectiv și care are ca rezultat decesul sau vătămarea corporală a Persoanei Asigurate.

Afecțiune pre-existentă: reprezintă orice afecțiune diagnosticată, manifestată sau tratată anterior începerii Perioadei de Asigurare, indiferent de rezultatele tratamentului. Sunt excluse din asigurare bolile/afecțiunile pre-existente ale Persoanei Asigurate/consecințele Accidentelor pre-existente la data semnării Declarației privind situația personală.

Beneficiarul Asigurării: reprezintă persoana îndreptățită să încaseze Indemnizația de Asigurare, în cazul producerii Evenimentului Asigurat. În înțelesul Condițiilor de Asigurare, Beneficiar al Asigurării, desemnat în mod irevocabil, pe întreaga durată a Asigurării este First Bank S.A.

Boală/Îmbolnăvire: reprezintă orice modificare organică sau funcțională a echilibrului normal al organismului Persoanei Asigurate, diagnosticată de medicul specialist conform criteriilor clinice, paraclinice sau de laborator specifice, manifestată pentru prima oară ulterior Datei Începerii Asigurării și care cauzează în mod direct producerea unui Eveniment Asigurat.

Ciclu de Tranzacționare: intervalul de o lună cuprins între data de 25 a unei luni și data de 25 a lunii următoare. În situația în care ziua de 25 este o zi nelucrătoare, data de referință este următoarea zi lucrătoare bancară.

Asigurarea: este termenul folosit generic pentru a desemna ansamblul de documente ce reglementează raportul juridic dintre Asigurător pe de o parte și Contractant, Persoana Asigurată și Beneficiar pe de altă parte.

Contract de Asigurare de Grup: este actul juridic încheiat între Contractant și Asigurător prin care acesta din urmă se obligă să preia riscurile asigurate, în schimbul plății Primelor de Asigurare. Incluziunea în Contractul de Asigurare de Grup a Persoanelor Asigurate se va efectua prin intermediul persoanelor autorizate să desfășoare activități de intermediere, prin emiterea Certificatului de Asigurare și plata Primei de Asigurare.

Contractantul Asigurării de Grup: First Bank S.A..

Descoperit de cont/Overdraft: reprezintă o linie de credit pe care banca o acordă pe un cont curent, ce se reînnoiește automat în anumite condiții impuse de bancă, în limita unui plafon stabilit prin Contractul de Descoperit de cont.

Descoperit de cont utilizat: suma totală datorată ca urmare a utilizării din Limita de Descoperit de cont acordată de către Contractant.

Limita facilității de Descoperit de cont: este valoarea maximă a creditului disponibil, prevăzută în Contractul de Descoperit de cont, până la care pot fi efectuate tranzacții de către Persoana Asigurată. Limita facilității de Descoperit de cont se reîntregește la fiecare rambursare parțială sau totală cu suma rambursată.

Data Începerii Asigurării și a Acoperirii prin Asigurare: este data acordării facilității de Descoperit de cont, respectiv data intrării în vigoare a Contractului de Descoperit de cont ("Data Contractului").

Data Scadentă a Primei de Asigurare: este data la care Asiguratul are obligația de a plăti contravaloarea Primei de Asigurare, prin debitarea automată de către Contractant a Contului curent al Asiguratului cu valoarea Primei de Asigurare.

Eveniment Asigurat (Risc Asigurat): reprezintă acel eveniment viitor, independent de voința Persoanei Asigurate, produs în interiorul Perioadei de Valabilitate a Asigurării. În baza acestui eveniment, Asigurătorul va fi obligat la plata Indemnizației de Asigurare, conform prevederilor Contractului de Asigurare.

Indemnizația de Asigurare: reprezintă suma de bani pe care Asigurătorul o plătește Beneficiarului Asigurării, conform Condițiilor de Asigurare, ca urmare a producerii Evenimentului Asigurat.

Incapacitate Totală Temporară (spitalizare): imposibilitatea Persoanei Asigurate de a desfășura orice activitate lucrativă ca urmare a unei Spitalizări determinate de o Boală sau un Accident, Spitalizare intervenită după încheierea Asigurării și în interiorul Perioadei de Valabilitate a Asigurării, dovedită printr-un Bilet de Externare din Spital. Pentru a fi considerată ca Incapacitate Totală Temporară (spitalizare), este necesară cumularea a cel puțin 7 (șapte) zile de spitalizare în aceeași lună calendaristică (nu neaparat consecutive) sau cel puțin 7 (șapte) zile de spitalizare consecutive pe parcursul a maximum 2 luni. Data producerii Evenimentului Asigurat în acest caz este considerată prima zi de spitalizare.

Invaliditate Totală Permanentă: reprezintă pierderea anatomică sau a capacității funcționale a Persoanei Asigurate, în mod permanent și pentru tot restul vieții sale, ca urmare a unui Accident sau a unei Boli intervenite după aderarea la Contractul de Asigurare de Grup, în Perioada de Valabilitate a Asigurării, constatată din punct de vedere medical conform prevederilor legale în vigoare și care privează Persoana Asigurată de posibilitatea de a desfășura activități aducătoare de venit/ câștig sau plată (invaliditate gradul I și gradul II, conform Legii 263/2010, cu modificările și completările ulterioare). Data producerii Evenimentului Asigurat în acest caz este

considerată data deciziei medicale asupra capacității de muncă emisă de medicul expert al asigurărilor sociale în baza art. 71 din Legea 263/2010.

Invaliditate Preexistentă: reprezintă Invaliditatea Persoanei Asigurate, existentă și diagnosticată anterior semnării Declarației privind situația personală sau produsă ca urmare a unei Afecțiuni existente și diagnosticate anterior semnării Declarației privind situația personală.

Incapacitate temporară de muncă: imposibilitatea totală și temporară a Persoanei Asigurate de a desfășura orice activitate profesională/ lucrativă prin care poate fi procurat un venit sau câștig, ca urmare a unei Boli sau a unui Accident, petrecută după încheierea Asigurării și în interiorul Perioadei de Valabilitate a Asigurării, constatată din punct de vedere medical conform prevederilor legale în vigoare printr-un certificat de concediu medical, cu condiția ca Persoana Asigurată, până la prima zi a întreruperii muncii, să fi desfășurat o activitate profesională/ lucrativă aducătoare de venit sau câștig.

Luna calendaristică: reprezintă intervalul de timp cuprins între prima și ultima zi din lună (28, 29, 30 sau 31 după caz) și care este identificată cu denumirile specifice din calendar, respectiv ianuarie, februarie, martie etc..

Medic: Persoană care prestează servicii medicale conform dreptului său de liberă practică eliberat de către autoritatea publică competentă și/ sau de către o instituție academică acreditată, în vederea prescrierii sau aplicării de tratamente. Din această categorie sunt excluși în mod explicit membrii familiei Persoanei Asigurate precum și orice persoană care locuiește la domiciliul acesteia.

Persoana Asigurată/ Asigurat: persoana fizică a cărei viață se asigură și care a contractat o facilitate de Descoperit de cont la First Bank S.A., pentru care Asigurătorul a emis un Certificat de Asigurare, conform căruia Asiguratul are și obligația de a plăti Primele de Asigurare.

Perioada de Asigurare/ Perioada de valabilitate a Asigurării (Durata Asigurării): este perioada de o lună cuprinsă între două Date Scadente consecutive, valabilitate ce se reînnoiește automat pentru perioade de timp egale de câte o lună, cu condiția plății Primei de Asigurare de către Persoana Asigurată. Prima de Asigurare pentru fiecare Perioadă de Valabilitate a Asigurării se achită anticipat. Prin excepție, prima Perioadă de Valabilitate/ Durată a Asigurării este cuprinsă între data începerii Acoperirii prin asigurare și data la care obligația de plată a celei dintâi Prime de Asigurare devine scadentă.

Perioada de Calificare: este perioada de 60 de zile calendaristice consecutive, calculată de la Data Începerii Asigurării, pe durata căreia riscul de Pierdere Involuntară

a Locului de Muncă și de Incapacitate Totală Temporară (spitalizare) nu este acoperit.

Perioada de Eliminare: reprezintă perioada de timp calculată de la data producerii Evenimentului Asigurat după expirarea căreia, Beneficiarul Asigurării este pentru prima dată îndreptățit să primească Indemnizația de Asigurare pentru un Eveniment Asigurat. Pe durata acestei perioade, Indemnizația de Asigurare nu este datorată. Durata Perioadei de Eliminare pentru Invaliditate Totală Permanentă este de 7 luni de la data producerii cauzelor ce au condus la apariția Evenimentului Asigurat. Durata Perioadei de Eliminare pentru Șomaj și Incapacitate Temporară de Muncă este de 60 de zile de la data producerii Evenimentului Asigurat.

Perioada de Suspendare: Dacă Prima de Asigurare nu este achitată din orice motiv la Data Scadentă a Primei de Asigurare, Contractantul Asigurării de Grup va finanța plata acesteia pe o perioadă de maximum 3 (trei) luni calendaristice consecutive. După expirarea acestei perioade, dacă Prima de Asigurare nu a fost colectată, acoperirea prin asigurare se suspendă pentru o perioadă de 6 (șase) luni calendaristice consecutive.

Perioada de Recalificare: reprezintă perioada de timp calculată de la data plății ultimei Indemnizații de Asigurare pe durata căreia Indemnizația de asigurare nu este datorată. După expirarea acestei perioade, Beneficiarul Asigurării este îndreptățit să solicite plata Indemnizației de Asigurare pentru un nou Eveniment Asigurat petrecut ulterior Perioadei de Recalificare, numai dacă toate condițiile contractuale sunt îndeplinite. Durata Perioadei de Recalificare pentru Șomaj, Incapacitate Temporară de Muncă și Incapacitate Totală Temporară (spitalizare) este de 12 luni calendaristice.

Pierderea Involuntară a Locului de Muncă (Șomaj): reprezintă situația (susținută prin acte și proceduri oficiale) în care o persoană a rămas fără loc de muncă, independent de voința sa și îndeplinește cumulativ următoarele condiții: a) este în căutarea unui loc de muncă; b) starea de sănătate și capacitățile fizice și psihice o fac aptă pentru prestarea unei munci; c) nu are loc de muncă, nu realizează venituri (sau realizează venituri mai mici decât valoarea indicatorului social de referință în vigoare); d) este disponibilă să înceapă lucrul în perioada imediat următoare, dacă ar găsi un loc de muncă; e) este înregistrată la Agenția pentru Ocuparea Forței de Muncă în a cărei rază teritorială își are domiciliul sau, după caz, reședința; f) Evenimentul Asigurat s-a produs după expirarea Perioadei de Calificare și/ sau Recalificare. Se consideră dată a producerii Evenimentului Asigurat data la care Persoana Asigurată a fost luată în evidența Agenției Județene pentru Ocuparea Forței de Muncă sau a Agenției pentru Ocuparea Forței de Muncă a Municipiului București.

Persoana Asigurată trebuie să dovedească data producerii, precum și durata și data încetării stării de Pierdere a Locului de Muncă prin transmiterea documentelor doveditoare.

Prima de Asigurare: suma de bani pe care Asiguratul, în calitate de plătitor al Primelor de Asigurare, este obligat să o plătească Asigurătorului, la Data Scadentă menționată în Certificatul de Asigurare, prin debitarea contului curent aferent facilității de Descoperit de cont. Prima de Asigurare se calculează prin aplicarea lunară a ratei de primă la Suma Asigurată, la data de referință din fiecare lună calendaristică. Data de referință este ziua de 25 a fiecărei luni, iar în situația în care ziua de 25 este o zi nelucrătoare, data de referință este următoarea zi lucrătoare bancară. Rata de primă este menționată în Certificatul de Asigurare.

Extras de cont: documentul emis de către Contractant, în mod gratuit care cuprinde informații specifice cu privire la tranzacțiile efectuate în limita Descoperitului de cont, inclusiv debitarea Primei de Asigurare, conform celor definite în Contractul de Descoperit de cont.

Spital: O instituție legal constituită, care funcționează după legile statului în care este înființată și care îndeplinește condițiile:

- Se ocupă în primul rând cu primirea, îngrijirea și tratarea bolnavilor, suferinșilor sau răniților în calitate de pacienți internați;
- Acceptarea calității de pacient internat se face doar sub supravegherea medicilor care sunt permanent disponibili în acordarea de consultații și tratament;
- Menține și întreține facilități organizate pentru diagnosticarea și tratamentul pacienților internați și furnizează (acolo unde este cazul) condițiile necesare intervențiilor chirurgicale în cadrul instituției sau în unități speciale controlate de instituție;
- Asigură non-stop servicii de supraveghere medicală calificată prin sau sub supravegherea unei echipe de asistente medicale;
Noțiunea de spital nu se va referi la:
- Instituții pentru tratarea bolilor psihice, afecțiunilor psihiatrice (inclusiv cele pentru persoane cu dizabilități);
- Secțiile (subunitățile) de psihiatrie ale spitalelor;
- Azilurile de bătrâni, casele de odihnă, instituțiile (subunitățile spitalicești) specializate în dezalcoolizare sau dezintoxicare;
- Casele de sănătate (sanatorii), clinicile naturiste, casele de recuperare, reabilitare.

Spitalizare: perioada de internare în spital în calitate de pacient la recomandarea și sub supravegherea regulată a unui medic.

Zi de Spitalizare: ziua calendaristică în care Persoana Asigurată a fost spitalizată.

Suma Asigurată: suma egală cu valoarea Descoperitului de cont utilizat, urmând evoluția acestuia. Suma Asigurată va fi în moneda Descoperitului de cont.

Suma minimă de rambursat: suma pe care Persoana Asigurată o datorează Contractantului, conform Contractului de Descoperit de cont.

Articolul 2. Evenimente Asigurate

Evenimentele Asigurate acoperite prin aceasta Asigurare sunt următoarele:

a. În cazul persoanelor Asigurate eligibile pentru indemnizație de șomaj și concediu medical în sistemul Asigurărilor Sociale de Stat din România:

- Decesul din orice cauză;
- Incapacitate Temporară de Muncă din orice cauză;
- Invaliditate Totală Permanentă din orice cauză;
- Pierderea Involuntară a Locului de Muncă (Șomaj), în acest caz, Acoperirea prin Asigurare se acordă numai pentru Evenimentul produs pe teritoriul României.

b. În cazul persoanelor Asigurate neeligibile pentru indemnizație de șomaj și concediu medical în sistemul Asigurărilor Sociale de Stat din România, altele decât beneficiari ai unei pensii pentru limită de vârstă sau pensie anticipată din sistemul public de pensii din România:

- Decesul din orice cauză;
- Incapacitate Totală Temporară (spitalizare) din orice cauză;
- Invaliditate Totală Permanentă din orice cauză.

c. În cazul persoanelor beneficiare ale unei pensii pentru limită de vârstă sau pensie anticipată din sistemul public de pensii din România:

- Decesul din orice cauză;
- Incapacitate Totală Temporară (spitalizare) din orice cauză.

Evenimentele asigurate acoperite sunt determinate în funcție de statutul socio-profesional conform categoriilor de mai sus, respectiv sursa veniturilor Persoanei Asigurate, la data Evenimentului Asigurat. Suplimentar, pentru a fi acoperit prin asigurare pentru Pierderea Involuntară a Locului de Muncă (Șomaj) Persoana Asigurată trebuie să aibă o vechime în profesie sau muncă de cel puțin 3 luni de zile la data Evenimentului Asigurat.

În cazul în care Persoana Asigurată cumulează statutul socio-profesional de beneficiar al unei pensii pentru limită de vârstă sau pensie anticipată din sistemul public de pensii din România și de persoană eligibilă pentru indemnizație de concediu medical în sistemul Asigurărilor Sociale de Stat din România, atunci Evenimentul Asigurat acoperit va fi cel aferent statutului socio-profesional de beneficiar al unei pensii pentru limită de vârstă sau

pensie anticipată din sistemul public de pensii din România.

Articolul 3. Criterii de Eligibilitate

1. Persoana fizică, care solicită preluarea în Asigurare de către Asigurător, în calitate de Persoană Asigurată, trebuie să îndeplinească în mod cumulativ următoarele criterii:

a. are calitatea de client al Contractantului ce solicită o facilitate de Descoperit de cont, în calitate de titular;

b. la Data Începerii Asigurării are cel puțin 18 ani împliniți, însă fără să fi împlinit 65 de ani la data acordării facilității de Descoperit de cont. Vârsta maximă la ieșirea din asigurare nu poate fi mai mare de 70 ani. În sensul prezentelor Condiții de Asigurare, vârsta se calculează scăzând din anul și luna calendaristică în care se încheie Asigurarea anul și luna calendaristică în care s-a născut Persoana Asigurată.

2. Persoana Asigurată este obligată să răspundă în scris, complet și în conformitate cu realitatea la orice întrebări adresate în scris de către Asigurător.

3. Furnizarea de informații neconforme cu realitatea sau incomplete poate atrage nulitatea Certificatului de Asigurare și poate determina încetarea Acoperirii prin Asigurare. În această situație, Asigurătorul este scutit de plata Indemnizației de Asigurare. Primele plătite rămân dobândite Asigurătorului. Celelalte obligații ale Asigurătorului, astfel cum sunt stabilite în Condițiile de Asigurare, încetează să existe la data încetării Acoperirii prin Asigurare. Asigurătorul va informa în scris Contractantul cu privire la operarea oricăror modificări determinate de caracterul fals sau incomplet al declarațiilor/informațiilor furnizate cu ocazia includerii în Asigurare.

Articolul 4. Indemnizația de Asigurare

1. Obligația de plată a Indemnizației de Asigurare devine exigibilă în maxim 10 zile lucrătoare de la data la care Asigurătorul a finalizat investigațiile necesare pentru determinarea obligației sale de plată și au fost primite de către Asigurător documentele semnate de către Beneficiar pentru acceptarea plății Indemnizației de Asigurare.

2. Asigurătorul datorează plata Indemnizației de Asigurare, în cazul producerii oricărui Eveniment Asigurat, cu condiția ca, în Extrasul de cont emis de Contractant, valoarea Descoperitului de cont utilizat anterior producerii Evenimentului Asigurat să fie pozitivă.

3. Pentru plata Indemnizației de asigurare se vor lua în considerare Evenimentele Asigurate determinate în funcție de statutul socio-profesional, respectiv sursa

veniturilor Persoanei Asigurate, la data producerii evenimentului pentru care se solicită Indemnizația de Asigurare.

4. În cazul **Decesului** Persoanei Asigurate, petrecut în Perioada de Valabilitate a Asigurării, Indemnizația de Asigurare este egală cu valoarea sumei utilizate din Limita facilității de Descoperit de cont la data producerii Evenimentului Asigurat, astfel cum este aceasta reflectată în Extrasul de Cont. Asigurătorul plătește Indemnizația datorată în caz de Deces Contractantului, acesta având și calitatea de Beneficiar desemnat de către Asigurat.
5. În cazul dobândirii de către Persoana Asigurată a unei **Invalidități Totale Permanente**, în interiorul Perioadei de Valabilitate a Asigurării, Indemnizația de Asigurare este egală cu valoarea sumei utilizate din Limita facilității Descoperitului de cont așa cum apare ilustrat în Extrasul de cont emis de către Contractant anterior datei emiterii Deciziei de pensionare pentru caz de invaliditate emisă de către Casa Teritorială de Pensii. Asigurătorul plătește, cu respectarea Perioadei de Eliminare, Indemnizația datorată în caz de Invaliditate Totală Permanentă Contractantului, acesta având și calitatea de Beneficiar desemnat de către Asigurat.
6. În cazul dobândirii de către Persoana Asigurată a unei Incapacități Totale Temporare (spitalizare), în interiorul Perioadei de Valabilitate a Asigurării, obligația Asigurătorului de a plăti Indemnizația devine exigibilă cu condiția ca producerea Evenimentului Asigurat să aibă loc după scurgerea Perioadei de Calificare/ Recalificare. În acest caz Indemnizația de Asigurare lunară este fixă, fiind egală cu șapte (7)% din valoarea sumei utilizate din Limita facilității de Descoperit de cont, așa cum apare ilustrat în Extrasul de cont emis de către Contractant anterior datei producerii Evenimentului Asigurat, inclusiv taxe, dobânzi și comisioane (inclusiv Prima de asigurare). Pentru a fi acoperită prin Asigurare, Incapacitatea Totală Temporară (spitalizare) trebuie să aibă o durată de cel puțin 7 zile de spitalizare (nu neapărat consecutive) în aceeași lună calendaristică sau cel puțin 7 (sapte) zile de spitalizare consecutive pe parcursul a maximum 2 luni. Indemnizația de Asigurare este plătită Contractantului pentru fiecare lună calendaristică în care Asiguratul a înregistrat o Spitalizare de minimum 7 zile de Spitalizare (nu neapărat consecutive) în aceeași lună calendaristică sau cel puțin 7 (sapte) zile de spitalizare consecutive pe parcursul a maximum 2 luni, pentru o perioadă de maxim 6 luni de zile aferentă aceleiași cauze a spitalizării. Asigurătorul plătește Indemnizația de Asigurare datorată în caz de Incapacitate Totală Temporară (spitalizare) către Contractant, acesta având și calitatea de Beneficiar desemnat de către

Asigurat. Suma maximă despăgubită lunar pentru Incapacitate Totală Temporară (spitalizare) nu poate depăși 5.000 (cinci mii) lei, pentru o Persoană Asigurată, indiferent de numărul de asigurări deținute.

7. În cazul dobândirii de către Persoana Asigurată a unei **Incapacități Temporare de Muncă**, în interiorul Perioadei de Valabilitate a Asigurării, obligația Asigurătorului de a plăti Indemnizația devine exigibilă cu condiția ca producerea Evenimentului Asigurat să aibă loc după scurgerea Perioadei de Calificare/Recalificare, iar perioada de incapacitate temporară de muncă să se mențină fără întrerupere pe toata durata Perioadei de Eliminare. Indemnizația de Asigurare este egală cu 7 (șapte)% din valoarea sumei utilizate din Limita facilității de Descoperit de cont, așa cum apare ilustrată în Extrasul de cont emis de către Contractant anterior datei producerii Evenimentului Asigurat, inclusiv taxe, dobânzi și comisioane (inclusiv Prima de asigurare). Asigurătorul plătește Indemnizația de Asigurare datorată în caz de Incapacitate Temporară de Muncă către Contractant, acesta având și calitatea de Beneficiar desemnat de către Asigurat. Suma maximă despăgubită lunar pentru Incapacitate Temporară de Muncă nu poate depăși 5.000 (cinci mii) Lei, pentru o Persoană Asigurată, indiferent de numărul de asigurări deținute.

Indemnizația de Asigurare este plătită lunar Contractantului pe toată durata Incapacității Temporare de Muncă a Asiguratului, începând cu prima dată scadentă a Contractului de descoperit de cont, ulterioară expirării Perioadei de Eliminare. Asigurătorul va plăti Indemnizația de Asigurare pentru a acoperi obligațiile lunare de plată ale Asiguratului pentru maximum 6 date scadente consecutive ale Contractului de Descoperit de cont, pentru un Eveniment Asigurat.

În condițiile plății de către Asigurător a unei Indemnizații pentru un Eveniment Asigurat de tip Incapacitate Temporară de Muncă, pentru o perioadă ce acoperă 6 date scadente ale Contractului de Descoperit de cont Asiguratul este eligibil pentru plata unei noi Indemnizații de Asigurare pentru Incapacitate Temporară de Muncă după expirarea unei Perioade de Recalificare neîntrerupte, calculată de la data plății de către Asigurător a Indemnizației aferentă celei de-a 6-a date scadente a Contractului de Descoperit de cont.

Atunci când Asigurătorul plătește o Indemnizație de Incapacitate Temporară de Muncă, iar ulterior, în termen de maxim 60 de zile de la data ultimei plăți lunare a Indemnizației de Asigurare, Asiguratul dobândește o nouă Incapacitate Temporară de

Muncă, ca urmare a revenirii afecțiunilor ce au determinat plata Indemnizației inițiale, aceasta este considerată o continuare a primului Eveniment Asigurat, nefiind aplicată o nouă Perioadă de Eliminare. Valoarea Indemnizației pentru noua Incapacitate Temporară de Muncă se determină conform dispozițiilor de mai sus din cadrul acestui paragraf, fiind plătită începând cu prima dată scadentă a Contractului de Descoperit de cont ulterioară primei zile a noii Incapacități Temporară de Muncă. Dacă noua Incapacitate Temporară de Muncă se instalează după mai mult de 60 de zile de la data plății ultimei Indemnizații lunare pentru Incapacitatea Temporară de Muncă inițială, atunci aceasta este considerată un nou Eveniment Asigurat, iar Asigurătorul va acorda Indemnizația conform prevederilor acestui articol, cu aplicarea unei noi Perioade de Eliminare și cu respectarea Perioadei de Recalificare aplicabilă.

În cazul **Pierderii Involuntare a Locului de Muncă** de către Persoana Asigurată, în Perioada de Valabilitate a Asigurării, obligația Asigurătorului de a plăti Indemnizația devine exigibilă cu condiția ca producerea Evenimentului Asigurat să aibă loc după scurgerea Perioadei de Calificare/Recalificare, iar perioada de Șomaj să se mențină fără întrerupere pe toata durata Perioadei de Eliminare. Indemnizația de Asigurare este egală cu șapte (7)% din valoarea sumei utilizate din Limita facilității de Descoperit de cont, așa cum apare ilustrată în Extrasul de cont emis de către Contractant anterior datei producerii Evenimentului Asigurat, inclusiv taxe, dobânzi și comisioane (inclusiv Prima de asigurare). Indemnizația de Asigurare este plătită lunar pe durata perioadei de Șomaj a Asiguratului, începând cu prima dată scadentă a facilității de Descoperit de cont ulterioară expirării Perioadei de Calificare/ Recalificare și a Perioadei de Eliminare. Asigurătorul va plăti Indemnizația de Asigurare pentru a acoperi obligațiile lunare de plată pentru maximum 6 date scadente consecutive ale Contractului de Descoperit de cont, pentru un Eveniment Asigurat. Asigurătorul plătește Indemnizația de Asigurare datorată în caz de Șomaj către Contractantul Asigurării, acesta având și calitatea de Beneficiar, desemnat de către Asigurat prin semnarea Certificatului de asigurare.

În condițiile plății de către Asigurător a unei Indemnizații pentru un Eveniment Asigurat de tip Șomaj, pentru o perioadă ce acoperă 6 date scadente ale Contractului de Descoperit de cont Asiguratul este eligibil pentru plata unei noi Indemnizații de Asigurare pentru Șomaj după expirarea unei Perioade de Recalificare neîntrerupte, calculată de la data plății de către Asigurător a

Indemnizației aferentă celei de-a 6-a date scadente a Contractului de Descoperit de cont.

8. În cazul producerii concomitente a două Evenimente Asigurate: Incapacitate Temporară de Muncă și Pierderea Involuntară a Locului de Muncă, Asigurătorul va plăti Indemnizația de Asigurare aferentă Evenimentului care se produce primul, conform documentației de daună. Indemnizația de Asigurare aferentă celui de-al doilea Eveniment, în funcție de data producerii, va fi plătită de Asigurător exclusiv în situația în care condițiile de acordare sunt îndeplinite la data încetării primului Eveniment Asigurat.
9. În cazul Șomajului, se consideră dată a producerii Evenimentului Asigurat data la care Persoana Asigurată a fost luată în evidența Agenției Județene pentru Ocuparea Forței de Muncă sau a Agenției pentru Ocuparea Forței de Muncă a Municipiului București.
10. Persoana Asigurată trebuie să dovedească data începerii, precum și durata și data încetării perioadelor de Somaj sau de Incapacitate Temporară de Muncă, prin transmiterea documentelor doveditoare.

Articolul 5. Excluderi

Excluderi generale:

Asigurătorul este exonerat de plata Indemnizației de Asigurare dacă Evenimentul Asigurat s-a produs ca urmare a:

- a) războiului, ocupației, actelor unor inamici străini, stării de război declarate sau nedecarate, inclusiv legea marțială, războiului civil, insurecției, rebeliunii, revoluției, dictaturii militare;
- b) utilizării de arme de distrugere în masă nucleare, biologice sau chimice;
- c) participării active a Persoanei Asigurate la demonstrații ilegale, revolte, acțiuni teroriste, sabotaj sau acțiuni incriminate de legea penală inclusiv participarea la pregătirea sau desfășurarea acestora sau participarea la represiunea acestora inclusiv opunerea la arest;
- d) participării Persoanei Asigurate la serviciul militar sau exercitarea oricărei forme de activitate polițienească în orice țară sau autoritate națională sau internațională, în perioada de pace sau război;
- e) manipulării armelor, explozibililor, substanțelor inflamabile sau toxice;
- f) rezultatului unor boli sau răni cauzate direct sau indirect de energia nucleară, lămpi ionizante, radiații radioactive sau similare, inclusiv expunerea pe termen mai lung a organismului Persoanei Asigurate la efectele acestora;
- g) oricăror activități de zbor cu excepția pasagerilor care zboară în avioane comerciale care transportă pasageri în

baza unei autorizații publice valabile sau transportului pe cale aeriană a pacienților sau persoanelor rănite și a însoțitorilor;

h) sinuciderii sau tentativei de sinucidere în primii doi ani de la data începerii Perioadei de Valabilitate a Asigurării, dacă în Condițiile de Asigurare nu se prevede o altă perioadă;

i) unor Boli / Afecțiuni/ Accidente Preexistente sau Invalidități Preexistente;

j) ingerării de alcool, droguri sau alte substanțe care creează dependență fără prescripție medicală, inclusiv alcoolism cronic sau boli mintale generate/cauzate de starea de beție sau de consumul de droguri;

k) călătoria sau conducerea de către Persoana Asigurată a unui ATV, unei motociclete sau scuter cu o capacitate cilindrică mai mare de 125 cm³;

l) spitalizării apărute ca rezultat al unei boli cu transmitere sexuală sau ca rezultat a contractării virusului HIV;

m) săvârșirii de către Persoana Asigurată a unei fapte penale conform legislației în vigoare;

n) practicării de către Persoana Asigurată a unui sport ca sportiv profesionist;

o) participării Persoanei Asigurate la activități periculoase ca vânatoare, călărie, competiții cu mijloace de locomoție în afara drumurilor publice, navigație pe distanțe lungi realizată individual, arte marțiale, box, participării la doborârea de recorduri;

p) sporturilor pentru practicarea cărora sunt folosite vehicule cu motor;

q) practicării de sporturi extreme (ex. scufundări, rafting, speologie, cățărare, escaladare, sărituri cu coarda elastică, parașutism).

Excluderi speciale:

În cazul producerii riscurilor de tip **Invaliditate Totală Permanentă, Incapacitate Temporară de Muncă și Incapacitate Totală Temporară (spitalizare)**, Asigurătorul este exonerat de la plata Indemnizației de Asigurare și dacă Evenimentul Asigurat s-a produs din cauza:

a) Accidentului sau bolii provocate intenționat de către Persoana Asigurată, inclusiv consecințele acestora, fără deosebire dacă, la apariția lor, Persoana Asigurată era într-o stare normală de sănătate sau ca rezultat al unei tulburări psihiatrice, mentale sau nervoase;

b) Continuării, consecințelor sau recidivelor unei boli sau răniri apărute înainte de intrarea în vigoare a Asigurării;

c) Consecințelor accidentelor apărute anterior datei la care a intrat în vigoare Asigurarea;

d) Unei tulburări degenerative a coloanei vertebrale/ poli discopatie și consecințele lor directe sau indirecte, dureri de spate fără un diagnostic medical;

e) Unei boli mentale sau modificări ale stării mentale a Persoanei Asigurate, inclusiv afecțiuni psihice;

f) Tratatului medical administrat la cererea Persoanei Asigurate și care nu are o motivație medicală sau este realizat ca operație de chirurgie estetică;

g) Întreruperii voluntare a sarcinii, inclusiv consecințele acesteia;

h) Spitalizării ca urmare a agravării consecințelor Accidentului, dacă aceasta a fost precedată de o altă spitalizare din același Accident;

i) Spitalizării intervenite ulterior unei alte spitalizări când perioada dintre acestea este mai mare de o zi lucrătoare (calculată de la externare până la următoarea internare), urmare a refuzului Persoanei Asigurate de a se interna sau a rămâne internată într-un anumit spital, ambele spitalizări fiind consecința aceluiași Accident.

În cazul producerii riscului de **Pierdere Involuntară a Locului de Muncă (Șomaj)**, Asigurătorul este exonerat de la plata Indemnizației de Asigurare și dacă Evenimentul Asigurat s-a produs în următoarele condiții:

a. La data semnării Certificatului de Asigurare, Persoana Asigurată a cunoscut faptul ca făcea parte dintr-un grup de persoane al căror contract de muncă urmează sa înceteze;

b. Anterior semnării Certificatului de Asigurare, Persoana Asigurată a fost anunțată de către angajator că va fi disponibilizat sau la data semnării Certificatului de Asigurare, Persoana Asigurată era deja șomer;

c. La Data Începerii Acoperirii prin Asigurare, Persoanei Asigurate i se aduseseră la cunoștință în scris demersurile referitoare la încetarea contractului de muncă;

d. Pierderea Locului de Muncă este o consecință a încălcării disciplinei în muncă;

e. Pierderea Locului de Muncă a apărut în timpul perioadei de probă sau la terminarea acesteia contractul de muncă nu a fost prelungit;

f. Pierderea Locului de Muncă este rezultatul rezilierii contractului de muncă din inițiativa angajatului sau ca urmare a acordului părților;

g. Pierderea Locului de Muncă este rezultatul ajungerii la termen a unui contract pe perioadă determinată;

h. Pierderea Locului de Muncă este rezultatul aplicării prevederilor altei legislații decât cea din România;

i. Persoana Asigurată refuză să ocupe un alt loc de muncă în cadrul companiei la care este angajat, ca urmare a procesului de restructurare a postului pe care îl ocupă;

j. Persoana Asigurată este rudă de gradul 1 (unu) cu administratorul, acționarul, asociatul sau conducătorul angajatorului de la care a fost disponibilizat sau dacă este acționar semnificativ (deținând o participație de minimum 20% din capitalul social) al angajatorului care l-a disponibilizat.

Articolul 6. Obligațiile Persoanei Asigurate/ Beneficiarilor/Moștenitorilor Persoanei Asigurate în cazul producerii Evenimentului Asigurat

1. În cazul producerii Evenimentului Asigurat, Asigurătorul are obligația plății Indemnizației de Asigurare, conform prezentelor Condiții de Asigurare.

2. Persoana Asigurată/ moștenitorii săi legali/ testamentari /reprezentanții acesteia au obligația de a informa Asigurătorul cu privire la producerea Evenimentului Asigurat, printr-o notificare scrisă, în termen de maxim 30 de zile de la data producerii Evenimentului Asigurat pentru care se solicită plata Indemnizației de Asigurare. Pentru moștenitorii legali/ testamentari, termenul prevăzut în prezentul articol curge de la data la care oricare dintre aceștia a luat la cunoștință, în oricare mod, de existența Asigurării sau a producerii Evenimentului Asigurat.

3. În vederea soluționării dosarului de daună, Persoana Asigurată/ moștenitorii săi legali/ testamentari/ reprezentanții Asiguratului au obligația de a furniza Asigurătorului, pe cheltuielă proprie, în termen de maxim 60 de zile de la data producerii Evenimentului Asigurat, următoarele documente:

3.1. *Certificatul de Asigurare* în original (sau duplicatul emis ulterior de către Asigurător, în original). În cazul în care *Certificatul de Asigurare* nu este disponibil în original, Persoana Asigurată/ moștenitorii săi legali/ testamentari/ reprezentanții Asiguratului vor depune o copie pe care se va face mențiunea că originalul *Certificatului de Asigurare* a fost pierdut; dacă nici copia *Certificatului de Asigurare* nu este disponibilă, se va depune o declarație pe proprie răspundere a Persoanei Asigurate/ moștenitorilor legali/ testamentari cu privire la faptul că originalul *Certificatului de Asigurare* a fost pierdut. În cazul prezentării *Certificatului de Asigurare* în copie sau în cazul prezentării declarației pe proprie răspundere, se va atasa și copia actului de identitate al persoanei semnatare a declarației pe proprie răspundere cu privire la pierderea *Certificatului de Asigurare* original.

3.2. Formularul "Notificarea Producerii Evenimentului Asigurat" completat și semnat de către Persoana Asigurată/ moștenitorii săi legali/ testamentari /reprezentanții Persoanei Asigurate.

3.3. Actul de identitate al persoanei care solicită plata Indemnizației de Asigurare (copie) și dovada că este îndreptățit/ă să primească Indemnizația de Asigurare, pentru situațiile în care Beneficiar este Asiguratul/moștenitorii legali/testamentari.

3.4. Extrasul de Cont din care să rezulte Descoperitul de cont utilizat anterior producerii Evenimentului Asigurat.

3.5. Orice alte documente solicitate de către Asigurător, care sunt necesare pentru stabilirea obligației sale de plată.

3.6. Suplimentar, în funcție de Evenimentul Asigurat notificat, Asigurătorul va solicita următoarele documente:

a) În cazul Decesului Asiguratului, data producerii Evenimentului Asigurat este considerată data decesului Asiguratului, așa cum este specificată în documentele oficiale constatatoare ale decesului, fiind solicitate următoarele documente:

i. *Certificatul medical constatator al decesului* (copie, conformă cu originalul);

ii. *Certificatul de deces* al Persoanei Asigurate (copie legalizată);

iii. Orice alt document oficial emis de instituțiile competente, cu privire la cauzele și împrejurările în care s-a produs Evenimentul Asigurat (copie conform cu originalul);

iv. Documente medicale relevante (ex.: fișa medicală, bilet de ieșire din spital, rezultate analize efectuate, etc) privind toate antecedentele medicale precum și cauzele care au determinat decesul Persoanei Asigurate, având parafa medicului care le-a eliberat (copie);

v. În cazul Decesului din Accident va fi prezentat și procesul verbal emis de către organele competente cu privire la cauzele și împrejurările producerii Accidentului sau orice acte relevante care pot demonstra împrejurările în care s-a produs Accidentul (copie conformă cu originalul).

vi. În cazul în care documentele justificative pentru producerea decesului sunt eliberate în afara teritoriului României, documentele de mai sus se completează și cu dovada transcrierii în registrul român de stare civilă a actului eliberat de autoritățile străine competente.

b) În cazul producerii **Invalidității Totale Permanente**, data producerii Evenimentului Asigurat fiind data deciziei medicale asupra capacității de muncă emisă de medicul expert al asigurărilor sociale în baza art. 71 din Legea 263/2010, documentele vor fi:

i. Copie a deciziei de pensionare pentru Invaliditate Totală și Parțială Permanentă, emisă de către Casa Teritorială de Pensii;

ii. Certificat medical privind starea de sănătate a Persoanei Asigurate (copie);

iii. Decizia pentru încadrarea într-un grad de invaliditate emisă de către medicul expert al asigurărilor sociale (copie);

iv. Documentele medicale relevante (ex: fișa

medicală, bilet ieșire din spital, rezultate analize efectuate etc.) privind toate antecedentele medicale.

c) În cazul producerii **Incapacității Totale Temporare (spitalizare)**, data producerii Evenimentului Asigurat fiind data primei zile de spitalizare, documentele vor fi:

- i. Copie a biletului de ieșire din spital, sau orice alt document care dovedește internarea Persoanei Asigurate și scrisoarea medicală aferentă;
- ii. Documente medicale relevante (ex.: fișa medicală, rezultate analize efectuate, etc) privind toate antecedentele medicale precum și cauzele care au determinat spitalizarea Persoanei Asigurate, având parafa medicului care le-a eliberat (copie);
- iii. În cazul Spitalizării din Accident va fi prezentat și procesul verbal emis de către organele competente cu privire la cauzele și împrejurările producerii Accidentului sau orice acte relevante care pot demonstra împrejurările în care s-a produs Accidentul (copie conformă cu originalul).

d) În cazul producerii **Incapacității Temporare de Muncă**, data producerii Evenimentului Asigurat fiind data primei zile de concediu medical, documentele vor fi:

- i. Copie a certificatului medical care atestă Incapacitatea Temporară de Muncă, emis de către un Medic sau de către o instituție medicală, cu codul de diagnostic, confirmat de către un Medic sau de o instituție medicală unde Persoana Asigurata a fost sau este sub îngrijire pentru respectiva Incapacitate Temporară de Muncă;
- ii. Copie a avizului medicului expert al asigurărilor sociale în cazul în care se solicită prelungirea concediului medical pentru o perioadă mai mare de 90 de zile;
- iii. Orice alte documente medicale relevante, de ex.: foaia de observație (copie conform cu originalul), bilet de ieșire din spital (copie conform cu originalul), rezultatele analizelor efectuate (copie conform cu originalul), fișa medicală (copie conform cu originalul) precum și orice alte documente medicale relevante privind antecedentele medicale și privind cauzele care au determinat Spitalizarea Persoanei Asigurate (cu parafa medicului care le-a eliberat);
- iv. Procesul-verbal emis de către organele competente cu privire la împrejurările producerii Accidentului sau orice acte relevante care pot

demonstra împrejurările în care s-a produs Accidentul – copie.

e) În cazul **Pierderii Involuntare a Locului de Muncă**, data producerii Evenimentului Asigurat fiind considerată data luării în evidență de către Agenția Județeană de Ocupare a Forței de Muncă, documentele vor fi:

- i. Copie a contractului de muncă vizat de către Inspectoratul Teritorial de Muncă;
- ii. Adeverința de vechime vizată de către Inspectoratul Teritorial de Muncă;
- iii. Copie a Deciziei angajatorului de încetare a raporturilor de muncă;
- iv. Copie a dispoziției privind stabilirea dreptului de indemnizație de somaj, care va conține obligatoriu data de la care Persoana Asigurată primește indemnizația de somaj;
- v. Copie a carnetului de evidență, vizat de către Agenția Județeană pentru Ocuparea Forței de Muncă sau Agenția pentru Ocuparea Forței de Muncă a Municipiului București.
- vi. În cazul în care Persoana Asigurată nu este beneficiarul Indemnizației de Somaj sau orice altă formă de ajutor social care poate înlocui Indemnizația de Șomaj, o copie a adeverinței ce atestă faptul că Persoana Asigurată este înscrisă la Agenția Județeană sau a Municipiului București pentru Ocuparea Forței de Muncă pentru un plan individual de mediere (respectiv se află pe lista persoanelor care sunt în căutarea unui loc de muncă).
- vii. O copie a dispoziției privind respingerea dreptului de indemnizație de șomaj (care va conține obligatoriu motivul respingerii).
- viii. Orice alte documente solicitate de către Asigurător și necesare pentru stabilirea obligației sale de plată.

4. Dacă plata Indemnizației de Asigurare pentru Șomaj sau Incapacitate Temporară de Muncă se prelungeste pentru o perioadă mai mare de 1 lună calendaristică, Persoana Asigurată este obligată să transmită Asigurătorului, până în data de 15 ale lunii, pentru luna precedentă care tocmai s-a încheiat, o copie a carnetului de evidență al Persoanei Asigurate vizat la zi de către Agenția Județeană sau a Municipiului București pentru Ocuparea Forței de Muncă, sau o confirmare scrisă că este înregistrat într-un plan individual de mediere la Agenția Județeană sau a Municipiului București pentru Ocuparea Forței de Muncă sau după caz, fie o copie a documentului medical care atestă prelungirea stării de Incapacitate Temporară de Muncă. Indemnizația de Asigurare se plătește doar pe luni calendaristice

- întregi. Asiguratorul nu va calcula Indemnizația de Asigurare pentru fracțiuni de lună.
5. La solicitarea Asiguratorului, vor fi furnizate orice alte documente necesare determinării obligației de plată a Asiguratorului precum și cuantumul acestei obligații.
 6. Dacă Persoana Asigurată/moștenitorii săi legali/testamentari nu depun la Asigurator documentele menționate în prezentul articol, Asiguratorul nu va putea fi obligat la plata Indemnizației de Asigurare dacă din acest motiv nu a putut fi determinată cauza producerii Evenimentului Asigurat și cuantumul Indemnizației de Asigurare.
 7. Persoana Asigurată are obligația de a coopera cu Asiguratorul pe parcursul investigării Evenimentului Asigurat ce constituie baza pretențiilor formulate.
 8. Orice refuz sau informație falsă furnizată de către Persoana Asigurată/ moștenitorii săi legali/ testamentari care împiedică Asiguratorul să determine cauzele producerii Evenimentului Asigurat, va da dreptul Asiguratorului de a refuza plata Indemnizației de Asigurare.
 9. În cazul în care Persoana Asigurată/ moștenitorii legali/ testamentari nu raportează producerea Evenimentului Asigurat și nu dovedește începutul sau durata perioadei de Somaj, Incapacitate Temporară de Muncă sau Incapacitate Totală Temporară (spitalizare) în interiorul termenului de notificare stabilit în prezentele Condiții de Asigurare, Asiguratorul are dreptul să refuze plata Indemnizației de Asigurare. De asemenea, Asiguratorul nu va fi responsabil pentru consecințele neobținerii sau nefurnizării de către Persoana Asigurată/moștenitorii legali/testamentari a tuturor documentelor solicitate și necesare pentru stabilirea obligației de plată și nici nu va putea fi obligat la plata Indemnizației de Asigurare.
 10. Data la care se consideră complet dosarul pentru evaluarea solicitării de Indemnizație și determinarea obligației finale de plată este data la care Asiguratorul primește ultimul document solicitat cu privire la Evenimentul Asigurat.
 11. Încetarea perioadei de Somaj, Incapacitate Temporară de Muncă sau Incapacitate Totală Temporară (spitalizare) va fi notificată Asiguratorului și Contractantului de către Persoana Asigurată în termen de 15 zile lucrătoare.
 12. În cazul în care Persoana Asigurată își pierde locul de muncă și ca urmare a acestui fapt dobândește statutul de Șomer, el/ea este obligat să formuleze cerere pentru a fi înscris în evidența Agenției Județene sau a Municipiului București pentru Ocuparea Forței de Muncă și să își caute în mod activ un loc de muncă.
 13. Dacă Persoana Asigurată dispăre sau este imposibilă o identificare obiectivă a corpului sau, această situație se asimilează cu decesul Persoanei Asigurate numai dacă există în acest sens o hotărâre definitivă a unei instanțe judecătorești din România sau o hotărâre judecătorească a unei instanțe dintr-un alt stat recunoscută în România.
 14. Toate certificatele, informațiile și dovezile cerute de către Asigurator vor trebui să satisfacă cerințele de formă și conținut specificate de acesta. Costurile legate de obținerea, traducerea și expedierea documentelor solicitate vor fi suportate de către persoana care a expediat aceste documente.
 15. Notificarea Evenimentului Asigurat poate fi transmisă atât direct către Asigurator, cât și către Contractantul Asigurării care va avea obligația de a informa Asiguratorul în maxim 3 zile lucrătoare despre notificarea primită.

Articolul 7. Prima de Asigurare

1. Prima de Asigurare reprezintă suma de bani pe care Persoana Asigurată are obligația de a o achita pentru serviciile de Asigurare furnizate de Asigurator, fiind calculată prin înmulțirea ratei de primă, specificată în Certificatul de Asigurare, cu valoarea descoperitului de cont utilizat, la data de referință din fiecare lună calendaristică. Data de referință este ziua de 25 a fiecărei luni, iar în situația în care ziua de 25 este o zi nelucrătoare, data de referință este următoarea zi lucrătoare bancară.
2. Obligația de plată a Primei de Asigurare devine exigibilă numai cu condiția ca la data de 25 a fiecărei luni descoperitul de cont utilizat să aibă o valoare pozitivă ca urmare a efectuării de tranzacții de către Persoana Asigurată. Dacă la această dată valoarea descoperitului de cont utilizat este zero, atunci valoarea Primei de Asigurare este zero.
3. Prima de Asigurare se plătește de către Persoana Asigurată, prin intermediul Contractantului, prin debitarea lunară de către acesta a sumei corespunzătoare din Limita descoperitului de cont, la Data Scadentă a Primei de Asigurare. Prin semnarea Certificatului de Asigurare, Persoana Asigurată își exprimă acordul privind debitarea Primei lunare de Asigurare din Contul curent aferent facilității de descoperit de cont.
4. Plata Primei de Asigurare este considerată a fi efectuată la data și ora diminuării limitei descoperitului de cont disponibilă cu valoarea Primei lunare de Asigurare, plata fiind făcută în vederea activării Acoperirii prin Asigurare pentru Perioada de Valabilitate a Asigurării cuprinsă între scadența respectivă și următoarea dată scadentă a Primei de Asigurare.

5. Dacă în contul Persoanei Asigurate nu există suficiente fonduri pentru a acoperi contravaloarea Primei de Asigurare, Contractantul se obligă să achite aceste sume pentru o perioadă de maximum 3 luni consecutive, urmând a debita sumele respective din Contul Persoanei Asigurate la prima dată la care sumele există în cont.
6. După expirarea perioadei prevăzute la punctul anterior, dacă există trei prime de asigurare consecutive necolectate, acoperirea prin asigurare încetează. Asigurarea și Acoperirea prin Asigurare pot fi reactivate doar în baza unei cereri adresate Contractantului și cu plata Primelor de Asigurare acoperite deja de către Contractant precum și a Primei de Asigurare scadentă, doar în cazul în care aceasta este efectuată în următoarele 6 luni, aplicându-se prevederile articolului 8 punctul 5.
7. Pentru a fi considerată plată valabilă, Prima de Asigurare trebuie achitată integral.
8. Pe toata durata Asigurării nu există perioadă de grație.

Articolul 8. Începutul și încetarea Acoperirii prin Asigurare

1. Asigurarea este complementară Contractului de Descoperit de cont, Data Începerii Asigurării fiind ora 00.00 a datei acordării facilității de Descoperit de cont, așa cum se menționează și în Certificatul de Asigurare.
2. Persoana Asigurată nu datorează Primă de Asigurare pentru perioada cuprinsă între Data Începerii Acoperirii prin Asigurare și prima Data Scadentă a Primei de Asigurare, Acoperirea prin Asigurare pentru această perioadă fiind oferită gratuit de către Asigurător.
3. Odată cu plata Primei de Asigurare la prima Dată Scadentă a Primei de Asigurare, Acoperirea prin Asigurare se reînnoiește automat pentru următoarea perioadă cuprinsă între scadența curentă și următoarea Dată Scadentă a Primei de Asigurare. Astfel, durata Acoperirii prin Asigurare este lunară, fiind reînnoită automat prin debitarea lunară de către Contractant a Contului curent, cu contravaloarea Primei de Asigurare.
4. Acoperirea prin Asigurare poate fi reînnoită lunar, pe durate similare, în limita duratei Contractului de Descoperit de cont, cu condiția plății Primei de Asigurare și a validității Contractului de Descoperit de cont.
5. În cazul neachitării Primei de Asigurare la Data Scadentă în conformitate cu prevederile articolului 7 punctele 5 și 6, Asigurarea și Acoperirea prin Asigurare sunt suspendate, astfel încât, în cazul

producerii oricărui Eveniment Asigurat, Asigurătorul nu va avea obligația plății niciunei Indemnizații de Asigurare. Asigurarea și Acoperirea prin Asigurare pot fi reactivate doar în baza unei cereri adresate Contractantului cu plata Primelor de Asigurare acoperite deja de către Contractant precum și a Primei de Asigurare scadentă, doar în cazul în care aceasta este efectuată în următoarele 6 luni.

6. Dacă Asigurătorul descoperă abia după producerea Evenimentului Asigurat că ceea ce a determinat producerea acestuia a avut o cauză despre care el nu a avut cunoștință din cauza informațiilor neconforme cu realitatea sau incomplete care i-au fost furnizate la data începerii Acoperirii prin Asigurare și care erau esențial a fi cunoscute la data începerii Acoperirii prin Asigurare, Asigurătorul va refuza plata Indemnizației de Asigurare, iar Acoperirea prin Asigurare poate înceta. Plata făcută în avans cu titlu de Primă de Asigurare nu se returnează.
7. Asigurarea va înceta, în cazul fiecărei Persoane Asigurate, în următoarele situații:
 - i. prin încetarea din orice motiv a Contractului de Descoperit de cont;
 - ii. la data la care Persoana Asigurată împlinește 70 de ani;
 - iii. în momentul Decesului Persoanei Asigurate; eventualele Prime de Asigurare plătite ulterior acestui moment vor fi returnate în Contul curent din care s-a efectuat plata respectivelor Prime de Asigurare;
 - iv. la data plății de către Asigurător a Indemnizației pentru Invaliditate Totală Permanentă sau la data refuzului justificat de a o plăti;
 - v. prin denunțarea unilaterală de către Persoana Asigurată, ca urmare a transmiterii către Asigurător a unui notificări scrise în acest sens, situație în care încetarea va produce efecte începând cu următoarea Dată Scadentă a Primei de Asigurare;
 - vi. în cazul în care Persoana Asigurată își exprimă dezacordul în legătură cu modificarea Condițiilor de Asigurare, încetarea va produce efecte începând cu următoarea Dată Scadentă a Primei de Asigurare;
 - vii. prin neplata Primei de Asigurare cu respectarea perioadei prevăzută la art. 7 pct. 5 și 6, respectiv art. 8 pct. 5;
 - viii. în situația în care Asigurătorul este în imposibilitatea furnizării Asigurării contractate de Persoana Asigurată, indiferent care este motivul imposibilității furnizării Asigurării, cu un preaviz de 6 luni;

- ix. la solicitarea scrisă a Contractantului, cu un preaviz de 3 luni.

Articolul 9. Drepturile și obligațiile Asigurătorului privind încheierea sau modificarea Asigurării

1. Asigurătorul are dreptul de a verifica starea de sănătate a Persoanei Asigurate pe parcursul derulării Contractului de Asigurare cu ocazia efectuării de modificări sau la instrumentarea unei cereri de plată a Indemnizației de Asigurare, astfel:
 - a. Prin solicitarea unui dosar medical complet, rapoarte și evaluări de la medicul de familie la care este înscrisă Persoana Asigurată sau de la medicii în a căror îngrijire s-a aflat Persoana Asigurată sau cei care îi evaluează starea de sănătate;
 - b. Examinare medicală completă;
 - c. Control medical efectuat la un medic desemnat de către Asigurător.
2. Asigurătorul are obligația să mențină confidențialitatea actelor și faptelor despre care a luat cunoștință cu ocazia verificării stării de sănătate a Persoanei Asigurate. Informația poate fi utilizată de către Asigurător doar pentru scopurile stabilite în prezentele Condiții de Asigurare.
3. Asigurătorul este îndreptățit să primească Prima de Asigurare așa cum este menționat în Certificatul de Asigurare.
4. Asigurătorul este obligat să realizeze investigațiile legate de producerea Evenimentului Asigurat fără întârzieri nejustificate. Nu va constitui întârziere nejustificată refuzul autorităților sau al instituțiilor publice sau private de a răspunde solicitării Asigurătorului sau întârzierea de către acestea în a furniza răspunsurile solicitate de către Asigurător.

Articolul 10. Realitatea informațiilor cu privire la evaluarea riscului asigurat

1. În procesul de evaluare a riscului asigurat Asigurătorul va considera că:
 - a. toate declarațiile referitoare la faptele sau circumstanțele menționate în Declarația privind situația personală, sau în orice alt document prezentat Asigurătorului ca parte sau în legătură cu Asigurarea sunt adevărate;
 - b. în afară de faptele și circumstanțele menționate în Declarația privind situația personală sau în documentele adiționale solicitate de către Asigurător, nu există alte circumstanțe sau fapte care ar putea, ele însele sau în legătură cu alte circumstanțe sau fapte să influențeze în vreun fel evaluarea de risc pentru Perioada de Asigurare.

2. Prin semnarea Certificatului de Asigurare, și a Declarației privind situația personală, Persoana Asigurată confirmă în mod explicit realitatea informațiilor furnizate în acestea sau în orice alt document prezentat Asigurătorului, ca parte sau în legătură cu Asigurarea, dacă acestea există.
3. Asigurătorul va informa în scris Contractantul cu privire la operarea oricăror modificări ale Asigurării determinate de caracterul nereal sau incomplet al informațiilor cu privire la faptele și circumstanțele cuprinse în Asigurare, sau în orice alt document prezentat Asigurătorului în legătură cu încheierea sau buna derulare a Asigurării.

Articolul 11. Corespondența

1. Asigurătorul va transmite toate declarațiile, notificările solicitările, rapoartele și orice alte notificări privind Contractul de Asigurare redactate în limba română, folosind datele de contact (adresa de corespondență, adresa de email, telefon) declarate de către Persoana Asigurată.
2. În cazul în care documentele solicitate de Asigurător sunt redactate într-o altă limbă decât limba română, acestea vor fi transmise astfel: documentul original sau copie, după caz, în limba străină și traducerea documentului din limba străină în limba română, legalizată, în original.
3. Persoana Asigurată are obligația contractuală de a notifica fără întârziere Asigurătorul, prin transmiterea de documente justificative, despre modificarea numelui, adresei de domiciliu, adresei de corespondență sau orice alte modificări ale datelor în baza cărora a fost încheiat Contractul de Asigurare.
4. Corespondența transmisă Contractantului de Asigurător prin scrisoare cu confirmare de primire se consideră a fi primită la data când a fost acceptată sau refuzată, după caz, de către destinatar. Corespondența transmisă Contractantului de Asigurător prin scrisoare simplă se consideră a fi primită la data expirării perioadei de 15 zile de la data înscrisă în borderoul de trimiteri.
5. În cazul în care Contractantul sau Persoana Asigurată nu își îndeplinesc obligațiile conform articolului 11.3. și nu notifică Asigurătorul în legătură cu schimbarea adresei de corespondență, scrisoarea se consideră a fi primită la data la care documentul a fost returnat Asigurătorului ca fiind nelivrabil.
6. Timpul de răspuns la solicitările primite din partea Contractantului sau Persoanei Asigurate este de maxim 30 de zile de la data la care Asigurătorul a recepționat solicitarea.

Articolul 12. Prevederi finale

1. La solicitarea Persoanei Asigurate, Asigurătorul va furniza acesteia orice informații suplimentare în legătură cu Asigurarea îi vor fi solicitate, în vederea îndeplinirii exigențelor privind transparența.
2. Orice litigiu reclamat de către Persoana Asigurată / Beneficiar / Contractant în legătură cu interpretarea și executarea Asigurării va fi soluționat pe cale amiabilă prin formularea unei sesizări scrise la sediul Asigurătorului. Informațiile despre modalitățile de rezolvare pe cale amiabilă a petițiilor formulate de Persoanele Asigurate sau de Beneficiarii contractelor de asigurare, după caz, nu constituie o restrângere a dreptului Persoanei Asigurate/Beneficiarilor de a recurge la procedurile judiciare legale. Dacă soluționarea amiabilă este imposibilă, litigiul va fi soluționat de instanțele judecătorești competente.
3. Orice petiție privitoare la această Asigurare va fi făcută în scris și transmisă prin fax, e-mail sau scrisoare, către Asigurător ori prin intermediul aplicației de "Petiții" de pe site-ul www.ergo.ro. Petiția trebuie să conțină cel puțin următoarele date de identificare: numele/ prenumele și CNP-ul Asiguratului/ petentului. ERGO Asigurări de Viață S.A. va răspunde petentului, în scris, în termen de 30 zile de la data înregistrării petiției.
4. Totodata, Asiguratul / Persoana Asigurată are dreptul de a apela la soluționarea alternativă a litigiilor, potrivit dispozițiilor O.G. nr. 38/2015 și a regulamentelor și procedurilor emise de A.S.F., precum și cu privire la condițiile de accesare a procedurilor de soluționare a litigiilor, cu condiția să facă dovada că, în prealabil, a încercat să soluționeze litigiul direct. Soluționarea alternativă a litigiilor se efectuează de Entitatea de Soluționare Alternativă a Litigiilor (SAL-FIN) în domeniul financiar nebanca, ce funcționează exclusiv în cadrul Autorității de Supraveghere Financiară (A.S.F.). Pentru soluționarea alternativă a litigiilor Asiguratul / Persoana Asigurată trebuie să-și exprime această opțiune în mod voluntar și să se adreseze SAL-FIN în scris, direct la sediul SAL-FIN, prin poștă sau prin mijloace electronice de comunicare.
5. Legea aplicabilă Contractului de Asigurare este legea română, respectiv Codul Civil al României, Legea nr. 237/2015 privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare, precum și alte acte normative aplicabile în materia asigurărilor.
6. Forța majoră apără de răspundere partea care o invocă și se comunică celeilalte părți contractante în termen de 5 zile de la evenimentul declanșator; în următoarele 15 zile trebuie transmise documentele eliberate de Camera de Comerț și Industrie competentă care să ateste evenimentul respectiv. Părțile vor face toate eforturile posibile pentru a asigura reluarea îndeplinirii normale a obligațiilor care le revin în cadrul Asigurării după producerea oricăruia din cazurile de forță majoră. Înainte de restabilirea situației normale, obligațiile părților vor fi îndeplinite în cea mai mare măsură posibilă.
7. În cazul apariției oricăror modificări ale legislației, a procedurilor legale sau a interpretării legii, după data Începerii Acoperirii prin Asigurare și care duc la creșterea sau extinderea obligațiilor oricăreia dintre părți (Asigurătorul, Contractantul sau Persoana Asigurată), părțile sunt de acord să răspundă afirmativ la solicitarea unei discuții imediate, formulate în scris de oricare dintre părți, în vederea revizuirii termenilor și condițiilor Asigurării, astfel încât obiectivele stabilite inițial să fie atinse.
8. Asigurătorul poate modifica prezentele **Condiții de Asigurare**, dacă există o modificare a legislației în vigoare ce afectează Asigurătorul sau Asigurarea.
9. Nu se poate renunța la niciuna dintre clauzele Asigurării și niciuna dintre acestea nu poate fi modificată, dacă nu se prevede altfel în Condițiile de Asigurare, cu excepția situației în care o clauză de modificare a Condițiilor de Asigurare este emisă de Asigurător și semnată de un oficial autorizat al acestuia.
10. Asigurătorul va transmite o notificare scrisă Contractantului, Persoanei Asigurate despre orice modificare a Condițiilor de Asigurare sau a ratei de primă specificată în Certificatul de Asigurare cu 60 de zile înainte de data modificării.
11. Corespondența transmisă de către Asigurător Persoanei Asigurate, indiferent dacă a fost trimisă prin notificare tip sms sau poștă electronică, se consideră a fi primită la data când a fost expediată de către Asigurător pe adresele comunicate de Persoana Asigurată. În cazul în care Persoana Asigurată nu își îndeplinește obligațiile contractuale și nu notifică schimbarea adresei de corespondență, de email sau a numărului de telefon Asigurătorului, corespondența se consideră a fi primită la data la care acest document a fost returnat Asigurătorului ca fiind nelivrabil. În situația în care Persoana Asigurată solicită ca toată corespondența dintre Asigurător și ea să se poarte prin scrisoare cu confirmare de primire, corespondența se consideră a fi primită la data înscrisă pe confirmarea de primire. Asiguratul are dreptul de a solicita orice alte informații referitoare la Asigurare atât de la Agentul Afiliat cât și de la Asigurător.
12. Datele statistice și actuariale care au stat la baza calculului primelor de asigurare și a beneficiilor sunt

datele demografice referitoare la mortalitatea și morbiditatea populației României furnizate de Institutul Național de Statistică.

13. **Fondul de Garantare:** Legea nr. 213/2015 privind Fondul de garantare a asiguraților: În cazul în care Asiguratorul se află în stare de faliment, Fondul garantează plata de indemnizații/ despăgubiri rezultate din contractele de asigurare, încheiate, în condițiile legii, cu respectarea plafonului de garantare prevăzut în prezenta lege și în limita resurselor financiare disponibile la momentul plății. În cazul în care disponibilitățile Fondului nu sunt suficiente pentru acoperirea cuantumului sumelor cuvenite creditorilor de asigurări, creanțele acestora vor putea fi onorate pe măsura alimentării Fondului cu resursele financiare prevăzute de lege.
14. Termenul de prescripție stabilit prin normele legale în vigoare aferent oricăror drepturi rezultate din prezenta Asigurare este de 2 (doi) ani și va fi calculat începând cu data producerii Evenimentului Asigurat așa cum este definit în prezentul document.
15. Asigurarea nu beneficiază de bonusuri, participare la profit sau de sumă asigurată redusă și nu este una de tip unit linked sau de anuități care sunt legate de fonduri de investiții.
16. Contractantul și Persoana Asigurată acceptă ca orice modificare a datelor de identificare a Asiguratorului, cum ar fi dar nelimitat la: denumire, forma juridică, sediul social, etc, să fie aduse la cunoștință acestuia prin menționarea modificărilor pe pagina de internet a Asiguratorului.
17. Deducerile fiscale aplicabile Contractului de Asigurare sunt cele prevăzute de legislația în vigoare.